

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

*Шиленок В.Н., Жулев С.А., Калайчян А.К., Гецадзе Г.Н.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Частота камнеобразования в желчевыводящих путях продолжает неуклонно возрастать, желчекаменная болезнь (ЖКБ) – одно из самых распространенных заболеваний человека. Частота её среди взрослого населения колеблется от 2 до 50%. [2]

Причин для возникновения холелитиаза существует множество, однако в настоящее время выделяют четыре основных звена в патогенезе ЖКБ: 1) нарушение обмена веществ; 2) инфекция в желчевыводящих путях; 3) нарушение оттока желчи – желчная гипертензия; 4) нарушение эндокринного баланса. [2]

В 1882 г. Лангебух произвел первую в мире холецистэктомию, с тех пор подходы к хирургическому лечению ЖКБ постоянно изменялись от суперактивной тактики с применением хирургического пособия в первые часы после поступления больного, до проведения операции в плановом порядке. К 80-м годам XX столетия выработаны сроки и показания к различным операциям, оценены их ближайшие и отдаленные результаты, разработаны варианты классической хирургической технологии или, как, мы сегодня говорим, открытых или традиционных, лапаротомных вмешательств. [2]

Однако и к этому времени результаты лечения больных ЖКБ оставались неудовлетворительными. Надежды на дробление и растворение камней оказались несостоятельными.

В настоящее время наличие ЖКБ является показанием к хирургическому лечению и отказ от него может быть обусловлен лишь вескими противопоказаниями общего характера. При неосложненном течении заболевания объем операции ограничивается холецистэктомией.

Осложненное течение ЖКБ (15-35%) требует более тщательного подхода к выбору тактики дооперационного и интраоперационного обследования, хирургической коррекции желчевыводящих путей и послеоперационного лечения. Возникновение постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС) у 15-64% оперированных нередко является показанием к выполнению повторных и реконструктивных операций на желчевыводящих путях. Широкое применение малоинвазивных вмешательств на желчевыводящих путях к сожалению не привело к разрешению данной проблемы и процент возникновения ПХЭС остается

высоким.

Целью данного исследования является ретроспективное изучение отдаленных результатов хирургического лечения ЖКБ методом традиционной открытой холецистэктомии и анализ способов коррекции ПХЭС в различные сроки от момента первичной операции.

Материалы и методы. С 1985 г. по 2004 г. в клинике факультетской хирургии ВГМУ на базе УЗ «ВГКБСМП» были оперированы повторно на желчевыводящих путях 453 пациента или 17,58% от всех оперированных по поводу ЖКБ. Мужчин было 76(16,8%) и женщин соответственно 377(83,2%), возраст от 20 до 93 лет.

20-30 лет – 3,3%, 31-40 лет – 6,6% 41-50 лет – 10,15%, 51-60 лет – 18,1%, 61-70 лет 26,49%, 71-80 лет – 28,7%, 81-90 лет – 6,18%, 91 и старше – 0,44%.

Результаты и обсуждение. Результаты исследований причин возникновения ПХЭС совпадают с мнением Топчиашвили З.А. ПХЭС является следствием диагностических, тактических и технических ошибок: «забытые» камни желчных путей, воспалительные изменения в воротах печени, случайные интраоперационные травмы протоков и сосудов, развитие стенозирующего папиллита, оставление длинной культи пузырного протока и др., что чаще наблюдается у больных, длительно страдающих воспалением желчного пузыря и протоков, когда существенно нарушаются анатомические взаимоотношения органов и тканей.

Всем больным до операции проводился стандартный комплекс обследований включавший кроме общеклинических методов обследования дополнительно – УЗИ печени и желчных протоков фиброгастродуоденоскопию при наличии желтухи, исследовалась кровь на маркеры вирусных гепатитов, ретроградная панкреатохолангиография, компьютерная томография брюшной полости.

Желтуха наблюдалась у 58% больных. У 30% больных имели место явления хронического панкреатита, а у 3% сформировались псевдокисты поджелудочной железы.

Основной причиной развития ПХЭС по нашим данным являлся рубцовый стеноз большого дуоденального соска, который не был выявлен при проведении первичной операции или прогрессировал после неё.

В зависимости от выявленных причин ПХЭС подбирался метод хирургической коррекции. Больным со стенозом большого дуоденального соска и непротяженными стриктурами дистального отдела холедоха выполнялась операция трансдуоденальной папиллотомии или папиллосфинктеротомии – 402 случая. В последние годы значительная часть таких вмешательств выполнена эндоскопически.

При протяженном сужении холедоха выполнялась

холедохоеюностомия на выполненной по Ру петле или холедоходуоденоанастомоз по Юрашу-Виноградову – 38 случаев, у 10 больных двойное внутреннее дренирование.

При высоких стриктурах холедоха выполнено 2 операции гепатикоеюностомия с межкишечным соустьем по Брауну, и гепатикоеюностомия на выключенной по Ру петле.

При сопутствующем хроническом панкреатите и кистах поджелудочной железы выполнялись операции остиовирсунготомии (рассечения устья Вирсунгова протока) – 46 больных, у 2-х больных – холедоходуоденовирсунгостомия, у 1-ого – вирсунго холедохоанастомоз.

Общая летальность после реконструктивных операций составила 2,2%. Отдаленные результаты прослежены у 290 больных – хорошие и удовлетворительные выявлены у 90%. Оценка их производилась в соответствии с международным опросником качества жизни SF-36.

Выводы.

1. Принятое в настоящее время укорочение сроков предоперационной подготовки, несмотря на современные лучевые методы диагностики, не всегда позволяют выявить все патологические изменения в протоках, что и обуславливает клинику ПХЭС.

2. В большинстве случаев ПХЭС вызван стенозом БДС, что позволяет эффективно использовать эндоскопические варианты папиллотомии.

3. Почти у 20% больных приходится применять более сложное открытое вмешательство, различные варианты анастомозов, в т.ч. при панкреатитах дополнительно к папиллотомии, рассечение устья Вирсунгова протока - остиовирсунготомию.

Литература:

1. Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холциститом, осложненным холедохолитиазом / Т. А Джаркенов [и др.] // Хирургия. – 2004. – № 3.

2. Ермолов, А. С. Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему. / А. С. Ермолов, А. В. Упырев, П. А. Иванов // Хирургия. – 2004.

3. Топчишвили, З. А. Повторные операции на желчных путях / З. А. Топчишвили. // Хирургия. – 1999. – № 1.

4. Гальперин, Э. И. Лечение повреждений внепеченочных желчных протоков, полученных при лапароскопической холецистэктомии / Э. И. Гальперин, Н. Ф. Кузовлев, А. Ю. Чевокин.